



ESTRATTO BILANCIO SOCIALE 2014 PAG. 44 E PAG.58

CASE PROTETTE

Indicatori di qualità assistenziale

Si ritiene che la qualità dell'assistenza possa essere monitorata e valutata secondo criteri e indicatori che di seguito verranno esemplificati. Gli indicatori sono quegli elementi che un cittadino può valutare al fine di comprendere il livello di assistenza fornita e compararla con altri indicatori per poter formulare autonomamente un'idea degli interventi che si stanno erogando e valutare così i risultati attesi..

Molto impegno viene profuso nel monitoraggio delle condizioni complessive dell'anziano, sia fisiche che psichiche, e ciò dà forma agli indicatori presentati. Altri aspetti più legati a quella sfera che viene chiamata "anima" intesa come lo star bene, sentirsi bene, sentirsi "vivi", sono monitorati con la medesima attenzione, ma non danno luogo ad indicatori specifici.

Gli indicatori presi in esame sono: lesioni, giorni di ricovero ospedaliero, mezzi di tutela/contenzioni sia diurne che notturne, lassativi, cadute e scivolamenti, allontanamenti, frequenza del bagno completo.

Altro ambito di notevole importanza è costituito dalle autonomie della persona e dalle sue abilità. E' nostro convincimento che l'obiettivo principale delle attività socio sanitarie di RETE sia quello di mantenere e potenziare le capacità residue dei nostri ospiti, sia per un buon livello di funzionalità e quindi di risposta ai propri bisogni ma anche a sottolineare la stima di sé, nel considerarsi ancora "capaci" di soddisfare autonomamente i propri bisogni.

Monitoraggio delle Autonomie delle persone anziane

Ogni mese il Gruppo di miglioramento "Palestra", costituito da fisioterapista, RAAI, infermiere, operatori e animatrice, monitora l'andamento delle autonomie di ogni singolo anziano valutando così l'attività attuata e programmando le future azioni assistenziali utili a ciascun anziano per mantenere e/o migliorare le proprie autonomie; l'équipe socio sanitaria supervisiona il risultato assistenziale prodotto dal lavoro del Gruppo Palestra.

All'interno di questo gruppo si dividono gli anziani secondo il livello di intensità degli interventi e secondo una casistica comune che può dar adito alla costituzione di un gruppo piuttosto che al singolo.

Di conseguenza viene anche definito a quale professionista viene assegnato l'intervento che, se specialistico poiché sottende una riabilitazione, non può che essere affidato al fisioterapista; se invece si vuole erogare un intervento estensivo e quindi il mantenimento di una funzione, possono concorrere - con le proprie specificità - anche gli altri operatori.

Si consideri ad esempio il lavoro che fanno le animatrici per il mantenimento delle abilità degli arti superiori nel quale propongono attività manuali finalizzate mettendo in campo diverse tecniche di stimolo per il mantenimento delle abilità funzionali, ma anche di quelle cognitive nonché affettive ed emozionali.

I dati di monitoraggio, in particolare quelli riferiti all'alimentazione, oltre al risultato assistenziale in sé, forniscono indicazioni sul grado di coerenza operativa nelle attività assistenziali perseguendo anche un importante valore culturale: quello di rispettare l'anziano, non sostituirsi a lui se non è necessario, creare le condizioni per la massima autonomia possibile, quindi sostenere, promuovere il mantenimento e l'uso più a lungo possibile delle capacità, autonomie, abilità, residue.

La qualità di vita passa anche attraverso l'autostima e il riconoscimento positivo di sé.

Grande attenzione è data pertanto al mantenimento delle autonomie che vede coinvolte in modo sinergico tutte le figure dedicate all'assistenza, affinché, ognuno per la sua parte, metta in campo azioni finalizzate ad evitare sentimenti di inutilità che potrebbero sfociare in veri e propri stati d'animo permanenti quando non in vere patologie.

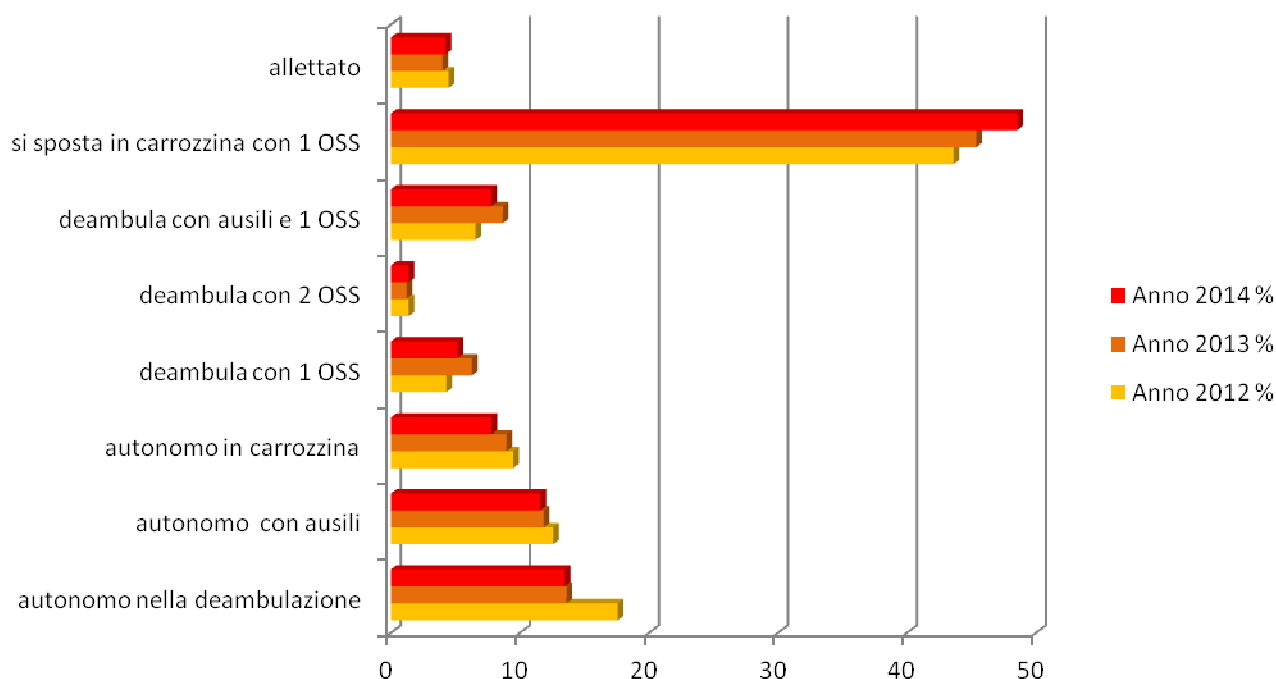
Il concetto di "mantenimento" non preclude quello di "recupero" che, là dove possibile, viene sempre garantito.

Di seguito si riportano gli esiti della rilevazione autonomie alla fine di ogni anno:

Autonomie arti inferiori	Anno 2012 %	Anno 2013 %	Anno 2014 %
autonomo nella deambulazione	17,59	13,62	13,49
autonomo con ausili	12,59	11,85	11,59
autonomo in carrozzina	9,48	8,97	7,80
deambula con 1 OSS	4,31	6,29	5,16
deambula con 2 OSS	1,38	1,21	1,38
deambula con ausili e 1 OSS	6,55	8,68	7,78
si sposta in carrozzina con 1 OSS	43,62	45,38	48,55
allettato	4,48	4,00	4,25
Totale ospiti	100,00%	100,00%	100,00%

I dati relativi all'anno 2014 confermano una situazione sostanzialmente simile a quella dell'anno precedente, se si esclude la crescita delle persone che si spostano in carrozzina, dato influenzato dalla tipologia dei nuovi ingressi. Non si rilevano pertanto fenomeni di ulteriore deterioramento delle condizioni degli anziani che presentano minori autonomie e si conferma come positivo il processo metodologico in atto, validando il lavoro di equipe e l'integrazione tra le figure professionali. Il lavoro del personale socio sanitario, rispettoso di programmi personalizzati, rende comunque possibile il mantenimento e/o il potenziamento delle autonomie funzionali.

Trend autonomie arti inferiori

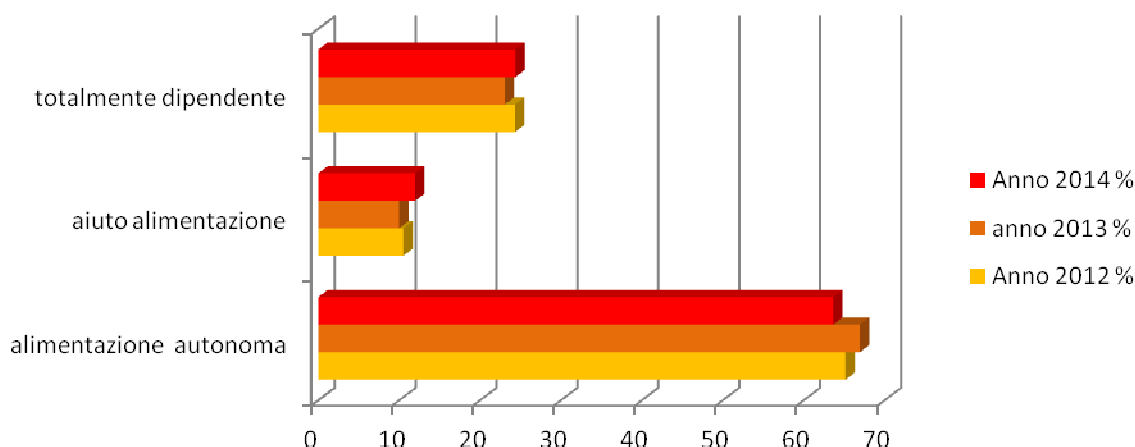


Autonomie arti superiori	Anno 2012 %	anno 2013 %	Anno 2014 %
alimentazione autonoma	65,17	66,95	63,65
aiuto alimentazione	10,52	10,00	11,97
totalmente dipendente	24,31	23,05	24,38
Totale ospiti	100,00%	100,00	100,00

Il dato del 2014 relativo agli anziani con alimentazione autonoma si avvicina sostanzialmente al trend già evidenziato negli anni precedenti, pur con una diminuzione degli ospiti in grado di alimentarsi autonomamente, a dimostrazione dell'impegno profuso nelle attività finalizzate al recupero ed al mantenimento delle autonomie.

Mantenimento e miglioramento delle autonomie rilevate all'ingresso in struttura sono, sia un obiettivo dell'attività assistenziale che un dato di realtà che sottende un'organizzazione:

- convinta che non bisogna mai sostituirsi all'anziano là dove è possibile
- capace di coinvolgere i parenti nei processi assistenziali affinché anch'essi aderiscano alla stessa cultura
- capace di programmare le azioni necessarie all'anziano della quali è referente il Fisioterapista
- collaborante, che sfrutta l'azione sinergica di operatori e animatori affinché stimolino le capacità espresse durante l'espletamento del loro lavoro
- dotata di ambienti, strumenti ed attrezzature specifici per l'attività motoria
- puntuale nell'applicare un modello (cultura, protocolli, procedure e strumenti) a sostegno dell'operatività, riqualificato ed ottimizzato a supporto e a sostegno del processo dell'accREDITAMENTO istituzionale.



Allettati

Nel 2014 si registra una sostanziale conferma degli anni precedenti nel numero degli ospiti allettati. L'orientamento aziendale pone l'attenzione alle complicità della sindrome ipocinetica. Diversi sono gli strumenti metodologici messi in campo:

- di valutazione del fenomeno, attraverso il Comitato Operativo
- di azioni e di interventi previsti nel Piano Assistenziale Individuale.

L'allettamento dell'anziano è generalmente legato a condizioni sanitarie particolarmente complesse, che richiedono per il benessere dell'anziano il riposo a letto. Si tratta di situazioni che prevedono valutazione sanitaria ed un costante monitoraggio teso a ripristinare nel più breve tempo possibile un normale stile di vita.

Lesioni da decubito

Il monitoraggio delle lesioni da decubito e la valutazione dell'attività effettuata per la loro riduzione, avviene mediante il conteggio di ogni singola lesione, a partire da una lieve escoriazione (2° stadio) fino al livello più grave (4° Stadio).

Il dato proposto non si riferisce al numero di ospiti che hanno presentato lesioni, ma al numero di lesioni riscontrate: infatti un solo ospite può presentare più lesioni. Per valutare correttamente il dato riportato, occorre poi precisare che gli anziani in fase terminale hanno alte possibilità di presentare più lesioni, che vengono conteggiate in quanto presenti e vanno ad aumentare il totale lesioni, ma quando gli ospiti decedono, le stesse non vengono considerate fra quelle guarite, perché si ritiene più rappresentativo dell'attività assistenziale effettuata riportare solamente il dato puro delle lesioni guarite in modo completo.

Lesioni da decubito				
	Non insorte in struttura	Insorte in struttura	TOTALE	Guarite in strutture
Lesioni da decubito 2014	78	111	226	104
%	35%	49%	100,00%	46%*
Lesioni da decubito 2013	92	133	225	98
%	40,89	59,11	100,00%	37,69
Lesioni da decubito 2012	114	112	226	106
%	50,44	49,56	100,00%	39,48%
Lesioni da decubito 2011	140	157	297	113
%	47,14%	52,86%	100,00%	38,05%
Lesioni da decubito 2010	114	49	163	69

%	70%	30%	100,00%	42%
---	-----	-----	---------	-----

Il dato relativo alle lesioni da decubito “Insorte in struttura” risulta essere migliorato rispetto all’anno precedente. La filosofia del servizio tende a concentrare e a finalizzare le azioni nei confronti della prevenzione: mobilitazione precoce, anche attraverso la modifica frequente delle posture a letto, corretta alimentazione, cura e protezione adeguata della cute, costituiscono i principi di base per garantire l’integrità cutanea dell’anziano.

Nelle situazioni in cui insorgono inevitabilmente lesioni a causa di condizioni generali scadenti dell’anziano o il cui obiettivo è l’accompagnamento all’exitus, si tende a mantenere l’ospite il più possibile nel proprio contesto di vita, per evitare discomfort e disorientamento conseguenti all’ospedalizzazione. La cura delle lesioni si realizza attraverso l’uso di strumenti di valutazione e di medicazioni avanzate secondo procedure di buona pratica e condivise con l’Azienda USL.

La percentuale di lesioni guarite (46%)*, anch’essa in crescita rispetto all’anno precedente, è calcolata sul totale delle lesioni trattate (226 insorte nell’anno; delle quali 37 già presenti a inizio anno). I dati danno conto dei miglioramenti intervenuti grazie all’internalizzazione del servizio infermieristico avvenuta tra fine 2013 e inizio 2014.

Ricoveri ospedalieri

Il numero dei giorni di ricovero in ospedale è sensibilmente diminuito rispetto agli anni precedenti.

CASA PROTETTA	Anno 2012	Anno 2013	Anno 2014
N° giorni di ricovero ospedaliero	3.642	3.516	3.272

Il dato, valutato in relazione alla presenza di anziani più gravi rispetto agli anni precedenti, testimonia l’efficacia delle indicazioni operative affidate ai servizi, tese ad evitare il ricorso al ricovero qualora, a fronte di aggravamenti (es. febbre alta, fase terminale, ecc.) le cure che possono essere prestate in casa protetta siano analoghe a quelle in regime di ricovero; ciò anche tenuto conto che il ricovero ospedaliero può alterare i fragili equilibri dell’anziano provocando danni da allettamento, disorientamento nel trovarsi in luogo e mani sconosciute, oltre al disagio in capo alla famiglia.

Altra scelta aziendale vincente è stata sicuramente l’assunzione di propri infermieri che ha comportato la creazione di equipe coese e partecipate dove l’introduzione degli obiettivi dell’azienda e il benessere dell’anziano hanno costituito e favoriscono il costituirsi di un solido e forte senso di appartenenza, creando così in modo compatto e solidale, processi di lavoro integrati e positivi nella cura alla persona.

Mezzi di tutela e contenzione diurna

I presidi utilizzati per la contenzione hanno lo scopo di garantire la sicurezza dell’anziano assicurando il massimo confort e autonomia. Per questo motivo i presidi utilizzati sono:

- tavolini inseriti nelle carrozzine sui quali riporre riviste, bicchieri ed altro, che evitano le cadute in avanti;
- cunei divaricatori, ovvero cuscini inseriti nella seduta della carrozzina tra le gambe per evitare lo scivolamento in avanti;
- cinture di varia natura che sostengono la persona evitando che cada da carrozzina e/o poltrona.

Questi mezzi vengono utilizzati, su prescrizione medica, alcune ore della giornata a tutela dell'anziano, quando il personale di assistenza è impegnato in luoghi diversi da quelli in cui è collocato l'anziano (esempio sta effettuando bagni, rifacendo letti, accudendo le persone in camera, ecc.).

Mezzi di tutela e contenzione notturna

All'oggi per contenzione notturna la letteratura scientifica intende esclusivamente l'utilizzo delle due spondine del letto. A livello internazionale numerosi ricercatori di ambito sanitario stanno valutando di escludere dai mezzi di contenzione le spondine, trattandosi, in realtà esclusivamente di una tutela per l'anziano.

Riepilogo mezzi di tutela e contenzioni

Nella tabella che segue sono riportati i dati di riepilogo sulle contenzioni, dai quali si evince che vi sono ospiti che necessitano sia di contenzione diurna che notturna.

Riepilogo contenzioni	Anno 2012	%	Anno 2013	%	Anno 2014	%
Totale posti letto	580	100%	580	100%	580	100%
Ospiti con tutela e contenzione notturna	432	74,48%	410	70,69	421	73,00%
Ospiti con tutela e contenzione diurna	246	42,41%	254	43,79	258	44,50%

I dati sono sostanzialmente stabili rispetto all'anno precedente e confermano ancora una volta l'attenzione alla qualità di vita degli anziani e al coinvolgimento dei familiari agita dai servizi di RETE.

Lassativi

Il primo obiettivo è il recupero dell'equilibrio intestinale dell'anziano in modo naturale operando attraverso l'alimentazione, l'idratazione e la mobilitazione anche passiva.

Lassativi	Anno 2012	%	Anno 2013	%	Anno 2014	%
Totale posti letto	580	100	580	100	580	100%
N° ospiti con lassativi	355	61,20	347	59,82	354	61,04%

Proprio per l'estrema attenzione al tema, la rilevazione viene effettuata avendo consapevolmente scelto un parametro estremamente rigoroso: si è scelto di considerare lassativi tutti i farmaci e i prodotti acquistabili in farmacia, ivi compresa la Marmellata Tamarine.

Il risultato si può dire consolidato negli anni e la sua lettura risulta inoltre confortata dalla consapevolezza che fra i 354 anziani rilevati come assuntori di lassativi, non tutti hanno la totale perdita della funzionalità, ma alternano momenti in cui la stessa è spontanea a momenti in cui è indotta. Tali risultati sono anche testimonianza del lavoro del Gruppo Evacuazione, presente in ogni struttura, il cui sforzo è ponderare azioni positive e personalizzate per mantenere o ripristinare la funzionalità intestinale.

In questo ambito, in cui sono coinvolti tutti i Comitati Operativi, è ipotizzato per l'anno 2015 un gruppo di lavoro che, raccogliendo le migliori prassi attuate in RETE e cercando all'esterno progetti pilota, potrebbe produrre innovazione e cultura verso un approccio meno induttivo dell'azione evacuante e sempre più naturale favorendo anche i tempi e modi di ognuno degli anziani.

L'evacuazione è un prodotto dell'alimentazione e dello stile di vita. Se ci nutriamo con poche fibre e molti grassi, se beviamo poco o niente e non abbiamo autonomie deambulanti, la naturale conseguenza è la stipsi, poiché non viene stimolata la peristalsi.

Poter liberare l'intestino è una situazione e a volte condizione di benessere, ci si sente più leggeri e padroni del proprio corpo così come sottoporsi all'induzione fecale ci rende sofferenti e deprivati di ore di passeggio, di socializzazione, di cura della persona, di animazione e di concretizzazione dei propri interessi.

Diversi progetti sono partiti in azienda che hanno coinvolto alcuni nuclei in collaborazione con l'Università degli studi di Modena e Reggio Emilia proprio sul tema dell'evacuazione i cui risultati sono in corso di elaborazione.

Cadute, scivolamenti e allontanamenti dai servizi

Il conteggio delle cadute comprende anche gli scivolamenti a terra.

Il rischio di caduta viene valutato in prima istanza dal fisioterapista che, somministrando il test "Tinetti", formula i rischi a cui l'anziano esaminato può andare incontro. Accanto alla lettura testata vi è anche quella dell'osservazione in cui si integra o si immettono elementi per una proficua elaborazione progettuale.

Oltre al rischio di caduta viene preso anche in esame, a seconda che l'anziano sia orientato nel tempo e nello spazio e dalla precarietà del cammino, il rischio dell'allontanamento dalla struttura.

E' utile qui affermare che la casa residenza anziani non è una struttura chiusa che interna i propri ospiti ma, a tutela di alcuni ospiti, viene compiutamente monitorata l'uscita dell'ospite e a volte impedita. In questo ultimo caso solo per la tutela e l'incolumità dell'anziano stesso.

Il rischio caduta e il possibile allontanamento dell'anziano sono elementi costitutivi del Piano assistenziale Individuale che viene condiviso e sottoscritto dai famigliari o da chi rappresenta l'anziano.

La tabella sottostante conteggia gli accadimenti e non le persone (lo stesso anziano può essere caduto o essersi allontanato più volte).

Cadute, scivolamenti e allontanamenti	Anno 2012	%	Anno 2013	%	Anno 2014	%
Totale posti letto	580	100	580	100	580	100%
n° cadute e scivolamenti	327	56,38	398	68,62	381	65,69%
n° allontanamenti	51	8,79	34	5,86	58	4,83%

La maggioranza delle cadute è costituita da scivolamenti a terra (343), cadute quindi che non hanno comportato gravi danni per gli anziani.

Nel 2014 sono stati 70 gli anziani valutati a rischio di allontanamento ma solo 28 si sono effettivamente allontanati; a questi, infatti, sono attribuiti i 58 allontanamenti rilevati.

Frequenza del bagno

Si tratta di un indicatore utilizzato da tempo che esprime, in giorni, l'intervallo fra un bagno completo e l'altro.

Frequenza bagno	Anno 2012	Anno 2013	Anno 2014
N° giorni in media che intercorrono fra un bagno completo e il seguente	9,25	8,76	9,02%

Come si può vedere dalla tabella, il dato si è consolidato nel corso degli anni, grazie alla stabilizzazione organizzativa raggiunta nel 2012. E' un risultato reso possibile anche grazie all'effettuazione dei bagni/docce anche di domenica e nelle giornate di festività, impegno portato avanti nei servizi proprio per garantire migliori risultati.

I giorni medi che intercorrono tra un bagno e l'altro sono stati conteggiati nelle Case Residenza e separatamente nel Nucleo Iris che, trattando ospiti con patologie diverse, ha una frequenza dei bagni molto alta, infatti la media con questo nucleo si attesta a **gg 6**

Va inoltre ricordato che la media indica esclusivamente i bagni e non le “spugnature complete a letto” che vengono effettuate qualora una persona non stia bene.

Dimissioni temporanee

Le dimissioni temporanee degli ospiti dalle strutture sono un ulteriore elemento di flessibilità del servizio, si verificano principalmente per effettuare visite ai parenti o giorni di vacanza ad evidenza della cultura assistenziale che favorisce il più possibile il benessere degli anziani assistiti, anche rinunciando per queste giornate di dimissione temporanea a percepire l'intero importo della retta.

Le giornate di dimissione temporanea (comprendenti di visite ai parenti e giorni di vacanza) sono state nel 2014 n. 463.

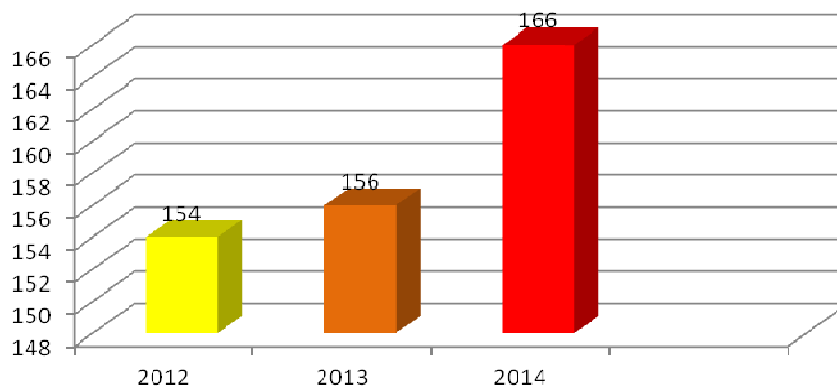
CASA PROTETTA	ANNO 2012	ANNO 2013	ANNO 2014
N° giornate di dimissione temporanea	383	551	463

Delle 463 giornate di assenza temporanea n. 418 sono state utilizzate per visite ai parenti in linea con la filosofia aziendale che vuole che la struttura sia vissuta un po' come “casa propria”, dalla quale si esce per visite a parenti e per andare in vacanza, n. 45 giornate, con il coinvolgimento dei *care-giver* nei processi assistenziali e più ancora, nella vita quotidiana dei loro anziani e del servizio.

Decessi

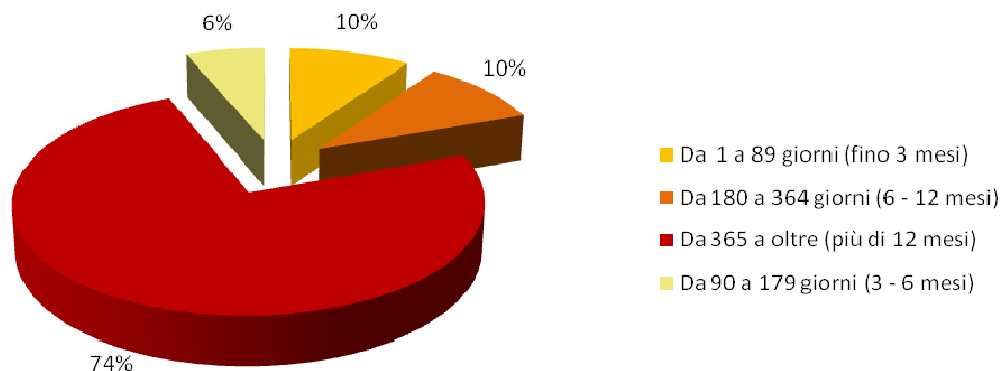
Ogni anno si registrano diversi decessi: la media annua del numero dei decessi nelle varie strutture di RETE, sulla base dei dati rilevati nell'ultimo triennio, è pari a 158,67 ospiti all'anno, che corrispondono al 27,35% dei posti letto. Nel 2014 i decessi sono stati 166. Tale dato va messo in relazione al progressivo aumento dell'età media al momento dell'ingresso in struttura ed alle relative complicanze dello stato di salute.

Trend triennale n. decessi avvenuti in casa residenza anziani



Anzianità di presenza in struttura

La permanenza in struttura degli ospiti ricoverati in Casa Residenza Anziani al 31.12.2014 è così articolata: il 74% degli anziani vi risiedeva da oltre un anno, il 10% da un periodo tra i 6 ed i 12 mesi e il restante 16% da meno di 6 mesi.



PAI - Piano Assistenziale Individualizzato

Anche per il 2014 si conferma l'elaborazione del Piano Assistenziale Individualizzato a tutte le persone assistite del quale viene garantita la revisione almeno due volte l'anno. Per quanto riguarda il numero di Piani Assistenziali Individualizzati, è importante precisare che si fa riferimento alla formale compilazione, nell'ambito dell'*équipe* interprofessionale, delle schede relative ai bisogni assistenziali, sociali e sanitari e alla conseguente definizione in forma scritta degli obiettivi ed interventi da attivare.

L'approccio di redazione del PAI avviene attraverso una valutazione multi dimensionale, con l'obiettivo di ottenere un impatto significativo delle prestazioni e delle attività sulla salute, sulla qualità della vita, sulla soddisfazione degli ospiti e dei *caregiver*, sui costi e sulla ottimizzazione delle risorse.

Il processo di valutazione adottato da RETE garantisce:

- l'identificazione dei bisogni e delle problematiche assistenziali del singolo anziano;
- la guida alla identificazione degli obiettivi assistenziali (comprensivi dei risultati attesi dalle attività di riabilitazione e animazione);
- una programmazione degli interventi assistenziali (prevenzione, cura, riabilitazione);
- la verifica degli obiettivi raggiunti ;
- La condivisione con il parente dalla prima stesura alle successive verifiche.

A ottobre 2012 è iniziata la sperimentazione della Cartella Utente Web su 123 anziani con tre nuclei di diverse dimensioni (30, 42, 51 posti letto) che nel 2014 si è ampliata a 288 anziani e continuerà l'avviamento di nuovi nuclei di CRA anche nel 2015. Contestualmente si continua l'implementazione della stessa arricchendola di strumenti e dati utili alla gestione delle informazioni e/o richiesti dall'accreditamento definitivo. La Cartella Utente Web permette il superamento dell'utilizzo della maggior parte degli strumenti assistenziali cartacei per passare ad una gestione informatizzata delle notizie che riguardano l'ospite. A regime tale sistema permetterà di trarre in tempo reale una serie di informazioni sanitarie e assistenziali relative all'anziano, rendendo più affidabile il sistema informativo e più snelli i tempi di reperimento delle informazioni. L'utilità di tale strumento è evidente sia per i riflessi sull'attività interna (chiarezza e tempestività delle informazioni inserite ed a disposizione delle diverse figure professionali: medico, infermiere, RAAI, OSS, FKT) sia per supportare un approccio orientato alla continuità di cura in caso e di dimissioni, ricoveri ospedalieri;

Rapporti con i parenti

I rapporti con i parenti sono favoriti a tutti i livelli siano essi strutturati che informali, poiché da tempo i *care-giver* sono riconosciuti per un verso nel Sistema Cliente, per un altro come Risorsa dei servizi.

I livelli strutturati riguardano: l'ingresso dell'anziano nel servizio, la condivisione del PAI, delle sue variazioni e sviluppi, gli incontri durante il percorso assistenziale per condividere richieste, bisogni, confronti, garantendo un servizio di sostegno, supporto e consulenza continuativa in relazione alle condizioni del congiunto assistito e incontri periodici con i rappresentanti del "Comitato Parenti" presenti in ogni struttura per informarli sui cambiamenti organizzativi e valutare insieme l'andamento del servizio.

I livelli definiti come informali riguardano: la collaborazione nella vita del servizio sia quotidiana che per iniziative straordinarie.

I Coordinatori ricevono su appuntamento, i RAAI al bisogno durante la loro attività, così come pure i fisioterapisti, i medici e gli animatori, mentre gli Infermieri e gli OSS, avendo il turno che copre l'intera giornata possono essere consultati, ciascuno per le proprie competenze, in ogni momento con particolare riguardo alle fasce orarie di maggior intensità lavorativa come le alzate e i pasti.

Organismi di consultazione attivi nei servizi

Il principale organismo di consultazione attivo nelle CRA è il "Comitato Parenti" costituito da una rappresentanza volontaria dei parenti che di norma è costituita dai care giver che più spesso frequentano il servizio. Nell'anno vengono garantiti almeno due incontri per nucleo, ma questo numero, sempre superiore, varia al variare dei cambiamenti in atto, poiché RETE considerando le CRA "le case del sistema famiglia" coinvolge tutti quelli che la vivono sia per ascoltare proposte, sia per proporre miglioramenti che per comunicare variazioni.

Inoltre una volta all'anno viene indetta una assemblea di Struttura con tutti i parenti; nel 2014 a tali incontri hanno partecipato anche il Presidente di RETE e la Dirigente dell'Area Servizi alla Persona.

Anche nel 2014 la periodicità del confronto con i parenti è stata in linea con gli impegni assunti con la nuova Carta dei Servizi.

Rette e rapporti amministrativi

Le rette

	2012	2013	2014
Retta casa protetta convenzionata (quota ospite)	€ 50.50	€ 50.50	€ 50.50
Retta casa protetta non convenzionata	€90.00	€ 90.00	€ 92,00

La retta a carico dell'ospite su posto convenzionato è pari a Euro 50,50, valore invariato dal 2006, mentre la retta a carico degli ospiti non convenzionati è di Euro 92,00.

I costi di assistenza specifica

Si tratta di costi compresi nella "retta sociale" che corrispondono ad assistenza specifica prestata da personale in possesso dei prescritti attestati professionali (AdB, OSS, RAA).

RETTE E COSTI ASSISTENZA SPECIFICA CASA PROTETTA	2012	2013	2014
Retta a carico Ospite su posto convenzionato	€ 50,50	€ 50,50	€ 50,50
Determinazione spese giornaliere per assistenza specifica su posto convenzionato (somme detraibili ai fini fiscali)	€ 25,25	€ 25,25	€ 25,25
Retta a carico Ospite su posto NON convenzionato	90,00	€ 90,00	€ 92,00

Determinazione spese giornaliere per assistenza specifica su posto NON convenzionato (somme detraibili ai fini fiscali)	€ 46,80	€ 46,80	€. 59,84
---	---------	---------	----------

Dal 2011 la determinazione è stata effettuata con le modalità di calcolo previste dalla D.G.R. 2110/2009, relative alle tariffe dell'accREDITamento, differenti rispetto a quelle precedentemente utilizzate.

I rapporti amministrativi

I Rapporti amministrativi comprendono il rilascio della certificazione utile ai fini fiscali.

CATEGORIA OSPITI	CERTIFICAZIONI emesse per il 2012	CERTIFICAZIONI emesse per il 2013	CERTIFICAZIONI consegnate per il 2014 fino al 29.04.2015 (dato parziale)
Ospiti non autosufficienti convenzionati	510	540	510
Ospiti temporanei	43	59	58
Ospiti del nucleo speciale demenza	19	19	10
Ospiti privati	18	25	25
Ospiti Centri Diurni	-	155	130
TOTALE	590	798	733

CASA DI RIPOSO



Utilizzo dei posti letto

Di seguito si illustrano i posti autorizzati ed i giorni di presenza degli utenti in casa di riposo: al riguardo si registra un aumento delle giornate di presenza rispetto all'anno precedente.

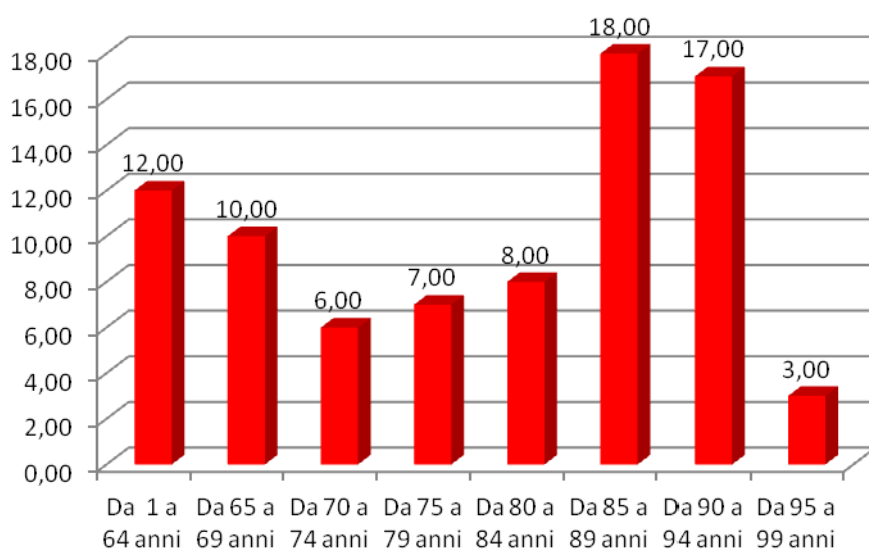
CASA DI RIPOSO	ANNO 2012	ANNO 2013	ANNO 2014
Posti letto autorizzati	91	91	91

Giorni di effettiva presenza	29.087	27.782	28.922
Corrispondente in giorni di ricovero diurno e formule week end	1.190	1.016	610

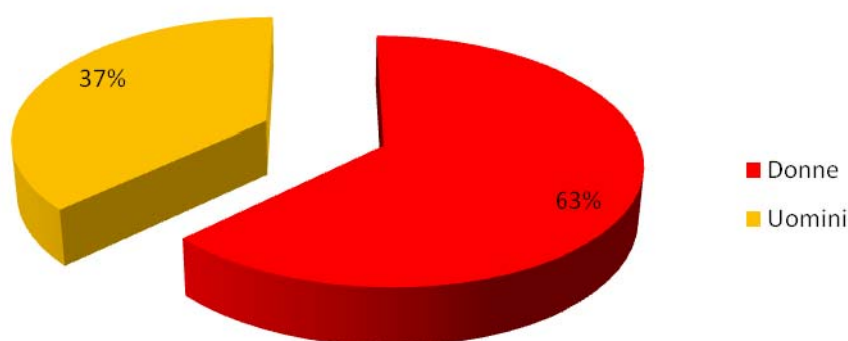
I ricoveri diurni e le formule week end sono espressi in corrispondenti giornate in quanto si tratta di forme flessibili di servizi forniti a ospiti privati che contribuiscono a sostenere la domiciliarità e la capacità di tenuta delle famiglie.

Condizioni degli anziani e Indicatori di qualità assistenziale

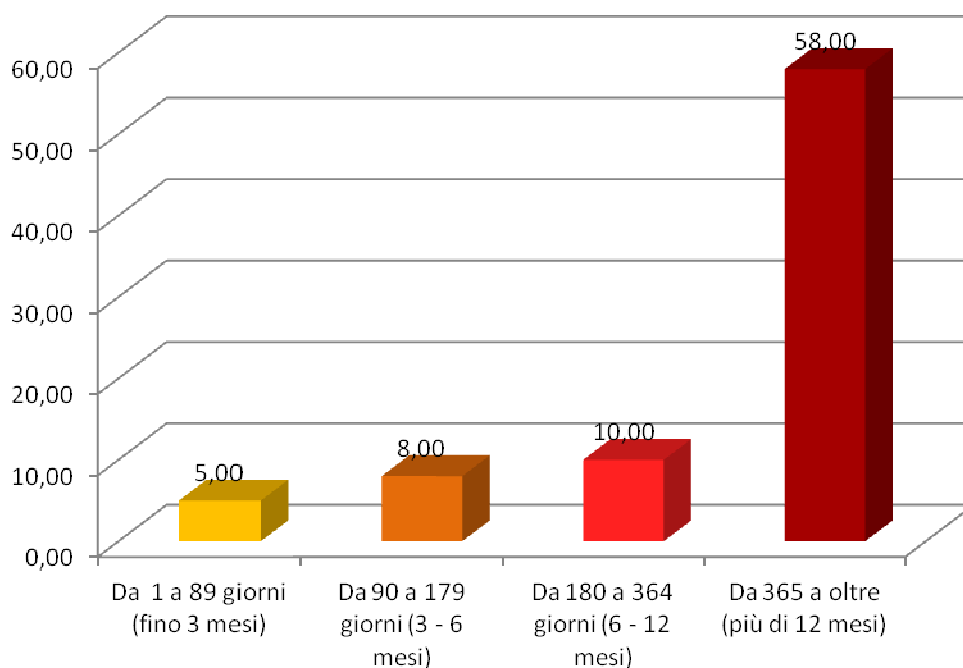
La distribuzione degli ospiti per fasce d'età evidenzia un gruppo di ospiti giovani ed un equilibrio nelle fasce fra i 75 e gli 84 anni, ma le fasce più popolate sono quelle degli ospiti che hanno fra i 85 ed i 94 anni.



Si conferma, anche per la casa di riposo una prevalenza di ospiti donne, come in tutto il triennio di riferimento, ma con una proporzione più contenuta rispetto a quella vista nelle Case Residenza: al 31.12.2014 le donne rappresentavano il 63% contro il 37% degli uomini.



Degli ospiti presenti al 31.12.2014, 58, pari al 72% erano in Casa di Riposo da oltre un anno.



Permanenza in casa di riposo al 31.12.2014

La Casa di Riposo, nell'esperienza di RETE, è anche uno strumento di sostegno alla domiciliarità poiché offre l'opportunità di ricoveri temporanei di sollievo alle famiglie e costituisce un'ulteriore opportunità della rete dei servizi per cittadini in una fase della vita che prelude alla non autosufficienza e dà risposte ai bisogni di tutela, supporto di anziani con autonomie in costante via di riduzione, che non trovano risposte in altri servizi della rete, o con disabilità temporanee.

Gli anziani qui ospitati sono persone troppo compromesse per poter rimanere a domicilio e anche per essere inseriti negli appartamenti protetti: hanno infatti bisogno di monitoraggio e assistenza rispetto alle condizioni di salute e alle attività di vita quotidiane, ma non hanno ancora le caratteristiche per essere inseriti in Casa Residenza.

Negli ultimi anni si è registrato l'invio alla Casa di Riposo, da parte dei Servizi Sociali, di adulti ed anziani con problemi psichiatrici che risultano maggiormente compensati se si trovano in una condizione di tutela.

A supporto di quanto sopra detto si riportano dati che mostrano la fragilità di questa fascia di popolazione.

Ricoveri ospedalieri

Nell'anno 2014 i giorni di ricovero sono stati complessivamente pari a 527 giorni; un dato in significativa diminuzione rispetto agli anni precedenti, dovuto sia alla mutata tipologia degli ospiti sia ad un efficace presidio delle attività infermieristiche e socio sanitarie.

CASA DI RIPOSO	ANNO 2012	ANNO 2013	ANNO 2014
N° giorni di ricovero ospedaliero	740	707	527

Assunzione farmaci

Nella Casa di Riposo sta progressivamente cambiando il tipo di utenza, le persone anziane si stanno riducendo a favore di persone adulte con disagio psichico compensato. Questo incide in assoluto nella variazione delle tipologie di terapie farmacologiche. Tuttavia grazie alla collaborazione con i medici è stato possibile utilizzare farmaci a più lungo effetto terapeutico che ha consentito di ridurre e razionalizzare il numero delle somministrazioni di farmaci

CASA DI RIPOSO	Numero di terapie erogate al dì	Media terapie erogate procapite	Numero terapie psicotrope (dettaglio delle terapie totali)
Anno 2014	250	3.28	180
Anno 2013	453	6,74	82
Anno 2012	510	6,34	101
Anno 2011	430	5	54

Igiene

La condizione di autosufficienza dovrebbe implicare la capacità di gestire la propria persona: si nota invece negli anziani in Casa di Riposo la necessità di un intervento assistenziale importante finalizzato a garantire le loro condizioni igieniche.

CASA DI RIPOSO	Numero di anziani con bagno assistito	Numero di anziani con igiene assistita	Numero di anziani con vigilanza igienica
Anno 2014	68	33	12
Anno 2013	61	35	8
Anno 2012	58	39	10
Anno 2011	57	34	20

Da questo dato si desume, rispetto all'anno scorso, che gli anziani hanno sempre più bisogno di aiuto nel bagno assistito e di maggiore sorveglianza: infatti il dato è rappresentativo delle macrocategorie di ospiti presenti nel servizio, da un lato in aumento persone fisicamente autosufficienti che presentano fragilità psichiche e dall'altro in diminuzione anziani che invecchiano nel servizio.

Altri dati

Nel 2014 sono insorte in struttura 2 lesione da decubito, di cui 1 guarita, (nel 2013 erano state 5)

Nel 2014 sono 7 gli ospiti che hanno utilizzato le spondine di notte per evitare cadute (nel 2013 erano 5), mentre le contenzioni diurne sono state utilizzate per due persone (tavolino davanti alla carrozzina).

Nel 2014 gli ospiti che sono stati trattati con lassativo sono 4 di cui solo 2 in terapia, gli altri al bisogno. Questo dimostra l'attenzione che viene garantita nell'alimentazione (frutta cotta, succo di prugne, verdure, ecc.).

Nel 2014 si sono rilevate n° 97 (erano state 92 nel 2013) cadute delle quali 5 (7 nel 2013) con conseguenze. Si ricorda che vengono rilevate come cadute anche gli scivolamenti a terra al fine di capirne le cause e prevenirne i danni.

Nel 2014 si sono verificati 2 episodi di allontanamento riferiti sempre alla stessa persona con disagio psichico (nel 2013 non si erano verificati episodi di allontanamento).

Anche per il 2014 si conferma la media di frequenza del bagno ogni 7 giorni.

La Casa di Riposo si conferma essere anche nel 2014 un servizio ad alta complessità e ciò è determinato :
-dal cambiamento progressivo degli anziani e, conseguentemente del loro stato, che richiede una grande capacità di adattamento dell'organizzazione e una professionalità capace di affrontare le tipologie assistenziali più svariate ;

- dalle zone grigie di competenza dei servizi istituzionali: tutto ciò che non è di titolarità specifica viene proposto alla Casa di Riposo (es. fragilità psichiche);
- dall'offerta plurima di opportunità residenziali che oltre a quella tradizionale mette a disposizione anche solo i pasti, i pernottamenti, la permanenza diurna e i ricoveri di sollievo anche solo per un fine settimana;
- dalla cultura dello stesso servizio che si propone come una comunità con poche regole istituzionali, nella quale permangono, per ciascun anziano, le abitudini e le consapevolezze del proprio domicilio e, conseguentemente, le stesse esigenze sia sul piano relazionale/assistenziale che di libertà di scelta;
- dalla necessità di interagire con tutti i servizi territoriali singolarmente per ogni anziano, poiché ognuno rimane in carico nel proprio servizio, compresi i Medici di Medicina Generale che nel 2014 sono stati 34.

Flessibilità del servizio

Le dimissioni temporanee degli ospiti dalle strutture sono un ulteriore elemento di flessibilità del servizio, si verificano principalmente per effettuare visite ai parenti o giorni di vacanza

CASA DI RIPOSO	Anno 2012	Anno 2013	Anno 2014
N° giornate di dimissione temporanea	158	55	120